FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1963

THÈSE

N° 1225

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Pierre ATLAN

né le 14 Février 1938 à Tunis (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement le : 1963

APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE DE L'HYSTERECTOMIE. A PROPOS DE 9 OBSERVATIONS

Président : Mr. J. DELAY, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1963

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Pierre ATLAN

né le 14 Février 1938 à Tunis (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement le :

APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE DE L'HYSTERECTOMIE. A PROPOS DE 9 OBSERVATIONS

Président : Mr. J. DELAY, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

1-2-1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER
2e ASSESSEUR . . . . . Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Cochin	ABOULKER (P.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut	MILLIEZ (P.)
	Broussais	LENÈGRE (J.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique		PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale		DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	L'HERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) COUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAILLIFU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)
Médecine légale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neurologie	LAPRESLE (J.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch. DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque .
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

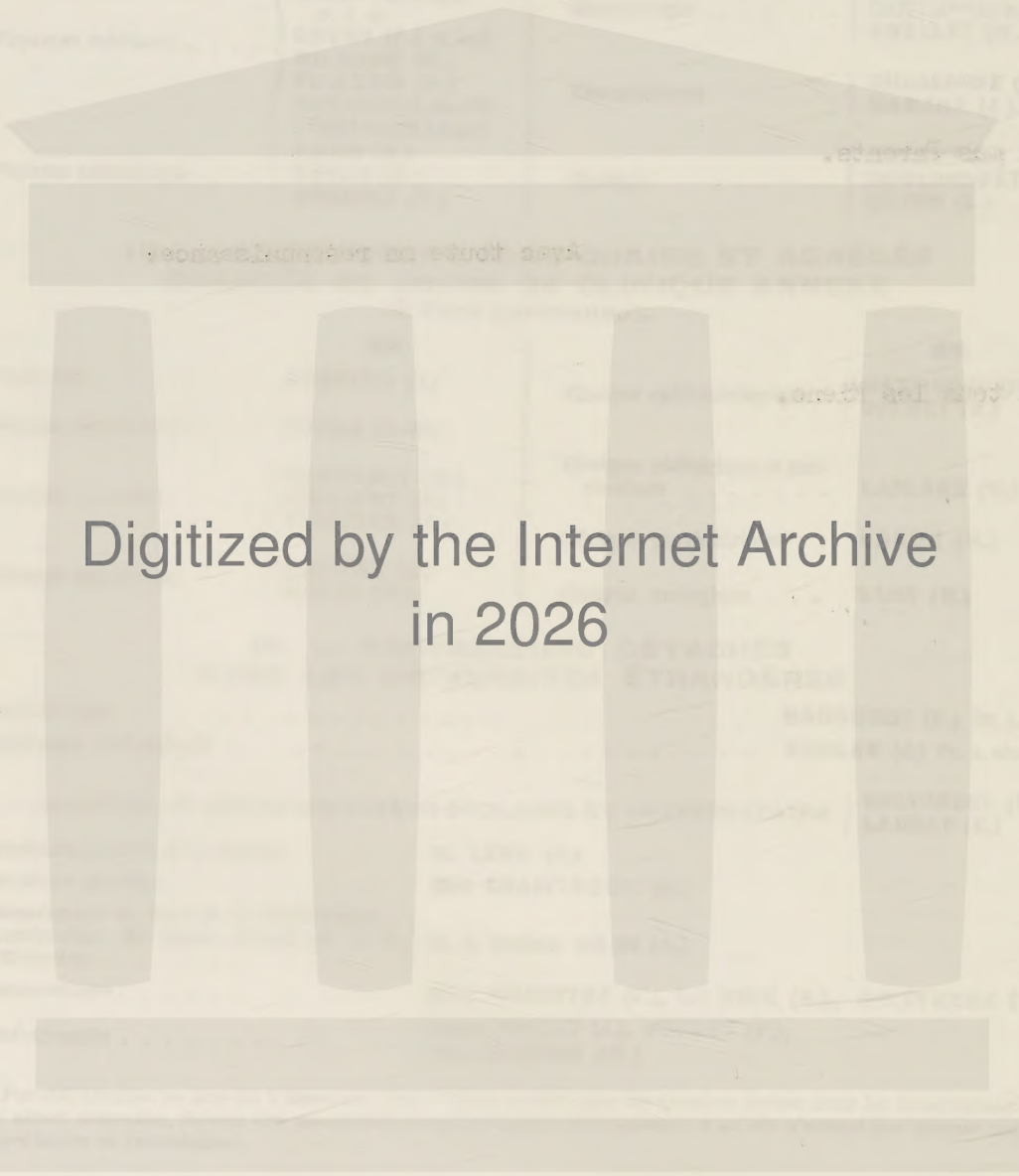
Bibliothécaire . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents.

Avec toute ma reconnaissance.

A tous les Miens.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549214_0039

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur DELAY

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur à la Clinique des Maladies
Mentales et de l'Encéphale (Ste Anne)
Directeur de l'Institut de Psychologie
de l'Université de Paris.

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette Thèse.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance.

Qu'en ce jour, il nous permette de lui rendre hommage et qu'il soit assuré de notre admiration respectueuse.

Au Docteur LEMPERIERE,

Assistante de la clinique des Maladies
Mentales et de l'Encéphale.
Chargée de Conférences à l'Institut de
Psychologie de l'Université de Paris.

Qui nous a inspiré le sujet de cette Thèse.
En témoignage de notre gratitude pour l'aide qu'elle nous a apportée.

Nous la remercions de sa bienveillance à notre égard et nous l'assurons de notre dévouement.

Au Docteur André HAMMEL.

Qui m'a permis d'effectuer ces observations à la Maison Blanche et à Béthanie, maisons de santé dont il est l'âme.

En témoignage de notre reconnaissance pour l'aide qu'il nous a apportée.

Au Docteur André-Claude HAMMEL.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre gratitude pour les marques d'estime et d'amitié qu'il nous a si souvent portées et pour la confiance qu'il nous a accordée.

I N T R O D U C T I O N

Les rapports du physique et du moral comme s'exprimait CABANIS ont été un objet d'études pour les médecins du plus loin que l'on remonte dans le temps ; et l'histoire de la médecine psycho-somatique est aussi vieille que celle de la médecine.

Déjà, les deux écoles de Cos et de Cnide s'opposent. La première, celle d'Hippocrate, étudiait l'homme dans son ensemble et analysait non seulement ses symptômes mais aussi son histoire personnelle ; tandis que la seconde, celle de Galien, s'intéressait beaucoup moins à la personnalité du patient. Alors que pour la première, "le patient est un malade", pour la seconde école, "le patient a une maladie".

Plus tard, dans le courant de la médecine, ces deux conceptions se retrouvent avec des périodes de balancement où prédomine passagèrement l'une ou l'autre de ces tendances.

"Dans l'ensemble, le mouvement psycho-somatique cherche à dépasser une médecine des organes, devenue de plus en plus spéciale et locale, au profit d'une médecine générale de l'organisme. Il met au premier plan le rôle du terrain, renouant ainsi la tradition hippocratique, celle qui considère la maladie moins comme un accident ou un processus exogène en quelque sorte extrinsèque à la personne du malade, que comme un développement intimement lié à la nature de ses réactions et, en définitive à sa nature".

La médecine psycho-somatique s'attache à rechercher en particulier s'il existe des corrélations entre certains types d'affections et certains types de conflits émotionnels. On peut citer l'exemple de TROUSSEAU, lui-même asthmatique, qui raconte dans ses "Cliniques de l'Hôtel-Dieu" comment une crise d'asthme fut déclenchée par le fait de s'être aperçu du vol de l'avoine de son cheval par son cocher indélicat.

Les facteurs psychologiques interviennent dans l'étiologie de certaines maladies par l'intermédiaire des conflits émotionnels qui entraînent des désordres neuro-végétatifs en utilisant la plaque tournante que constitue le diencéphale : "l'hypothalamus est un véritable carrefour psycho-somatique ; c'est par son intermédiaire qu'une série de faits psychologiques peuvent modifier une série de faits physiologiques" (J. DELAY).

Parmi les maladies qui ont été étudiées dans une perspective psycho-somatique, on peut citer l'asthme, les troubles gastro-intestinaux (les ulcères gastro-duodénaux, la colite spasmodique, troubles vésiculaires, le cardio-spasme), des troubles cardio-vasculaires (hypertension artérielle, migraine), certaines maladies de la peau comme l'eczéma, le psoriasis, lichen plan, la pelade ; certains troubles du métabolisme (diabète et, en particulier le déclenchement du coma diabétique ; dans une observation personnelle une jeune femme de 30 ans nous avait été adressée pour un état mélancolique ayant entrainé une décompensation de son diabète avec essais infructueux pour le rééquilibrer ; au 4 ème électro-choc, en même temps que s'était amélioré son état mélancolique, la rééquilibration de son diabète s'est faite très facilement). On peut encore citer l'arthrite rhumatismale, l'impuissance et l'éjaculation précoce (ces deux dernières étant exceptionnellement dues à des causes organiques) ; et enfin, chez la femme, toute une série de troubles gynécologiques que nous allons étudier plus particulièrement avant d'en isoler l'hystérectomie.

-:-:-:-:-

LES TROUBLES GYNECOLOGIQUES ET MEDECINE PSYCHO-SOMATIQUE

C'est Hippocrate qui à partir d'ὑστέρα (utérus) créa le terme d'hystérie. Le mot a fait fortune ; il témoigne qu'une lésion de l'appareil génital peut altérer le psychisme. A l'inverse, des perturbations affectives peuvent brouiller les connexions qui relient le système nerveux, les glandes endocrines et l'appareil génital et être ainsi à l'origine de certains troubles gynécologiques.

En effet, la gynécologie offre un champ d'application immense aux conduites psycho-somatiques. "Pour des raisons sociologiques et culturelles, la femme bien davantage que l'homme est liée en ce qui concerne la conduite sexuelle. Les transgressions féminines à cette conduite sexuelle sont jugées d'une manière beaucoup plus sévères que ne le sont les transgressions similaires des hommes. Préjugés, répulsions, anxiété sont rattachés à la menstruation, aux rapports sexuels, à la grossesse, à l'accouchement, à la lactation, à l'éducation des enfants, aux affections gynécologiques et à la ménopause. En ce qui concerne les expériences sexuelles pré et extra-conjugales, la société pèse beaucoup plus lourdement sur les femmes que sur les hommes, imposant en gros une condamnation inégale aux femmes qui transgressent les conventions par des moyens suffisemment indiscrets pour provoquer le scandale ; les hommes qui les transgressent même quand ils sont critiqués et condamnés ont encore le bénéfice d'une certaine tolérance et d'une certaine indulgence de la part de beaucoup de personnes qui seraient intolérantes vis-à-vis des femmes".

D'autre part, la constitution émotive de la femme, la désigne tout particulièrement pour des manifestations psycho-somatiques qui vont se réaliser dans une perspective gynécologique car la signification ancestrale qui s'attache au "ventre" ou aux "entrailles" de la femme agit comme un facteur de sollicitation pour une projection génitale de ses complexes psychologiques.

De nombreux travaux se sont attachés à étudier les rapports de la médecine psycho-somatique avec les troubles gynécologiques.

Des affections organiques peuvent être à l'origine de troubles psychiques :

- soit des troubles psychiques liés à des perturbations du cycle menstruel : il en est ainsi de la ménopause et de ses rapports avec la mélancolie ou les névroses d'involution.
- soit des troubles psychiques liés à des perturbations de la stabilité génitale (leucorrhée - états infectieux).
- soit des troubles psychiques liés à une atteinte de la fonction pro-créatrice : il en est ainsi des névroses des femmes stériles, des névroses secondaires à des grossesses répétées, et enfin des troubles psychiques secondaires à la castration chirurgicale.

Mais, inversement, de nombreux auteurs se sont préoccupés de rechercher si certaines affections gynécologiques n'avaient par une origine psychologique et n'entraient pas ainsi dans le cadre non pas de la médecine somato-psychique, mais de la médecine psycho-somatique. C'est ainsi que l'on a mis en évidence l'origine psychologique fréquente d'un certain nombre de troubles gynécologiques.

Les troubles des règles.

1) - Les aménorrhées psychogènes.

F. ALEXANDER en distingue 2 formes : "L'une est aménorrhée des jeunes femmes qui, dans leur défense contre la sexualité féminine, arrivent à supprimer le cycle ovarien plus ou moins complètement ; habituellement les manifestations affectives de la sexualité ne sont pas supprimées, ces femmes peuvent vivre en imagination une vie riche en expériences hétéro-sexuelles, sans avoir rien à faire avec la partie "sale, douloureuse, désagréable" de la féminité... En général, dès que la femme accepte l'expérience de stimulations hétéro-sexuelles l'aménorrhée disparaît. D'autres formes d'aménorrhées se produisent en tant que partie du syndrome de pseudo-grossesse ou de grossesse nerveuse".

2) - les dysménorrhées.

15 à 20 % des dysménorrhées sont en rapport avec un déséquilibre psycho-affectif.

Les troubles de l'orgasme sexuel :

Leur origine est le plus souvent d'ordre psychologique ; la frigidité ne peut être reliée à la fonction ovarienne que dans les cas rares qui attestent un hypogonadisme sévère. (J. DELAY).

Les cénestopathies telles que :

- le prurit vulvaire.

- les algies lombo-pelviennes et H. Michel-Wolfromm écrit : "Le traitement des algies lombo-pelviennes est dominé par un slogan : Gare à la chirurgie".

- le vaginisme : Pour H. Michel-Wolfromm c'est un trouble d'origine mixte : l'obstacle mécanique existe dans 40 % des cas ; l'obstacle psychique existe toujours. Pour KREGER et FREED, il est déclanché par la peur : ces auteurs le comparent à la contraction de la paupière quand on verse une goutte dans l'oeil.

- la dyspareunie.

Ces cénestopathies peuvent entraîner à des interventions chirurgicales d'autant plus répétées qu'elles ne résolvent pas le problème et qu'elles aboutissent aux "abdomens balafrés" sur lesquels nous reviendrons.

Les métrorragies émotives constituent un symptôme important des fibromes et peuvent être à ce titre à l'origine d'hystérectomies. Dès 1929, NOVAK et HARNICK citaient 45 cas de métrorragies psychogènes toutes guéries par psychothérapie.

On ne "peut pas", on ne "doit pas" avoir de rapports sexuels pendant les règles (métrorragie-tabou contraignant la femme à rester chaste) c'est ainsi que certaines femmes, qui voudraient rompre leur liaison mais qui n'ont pas le courage de renoncer à leurs amours, présentent des métrorragies ; elles sont ainsi punies de leur attachement illégitime par des métrorragies (Michel-Wolfromm).

DALCHE rapporte le cas d'une fillette qui, violée à 14 ans, vit sa 1ère menstruation apparaître aussitôt, puis les métrorragies apparaître à 18 ans à l'occasion de rapports sexuels après son mariage.

-:-:-:-:-:-

APPROCHE PSYCHO-SOMATIQUE DE L'HYSTERECTOMIE

Parmi les manifestations gynécologiques, nous nous attacherons plus particulièrement à rechercher si l'hystérectomie peut s'envisager dans une perspective psycho-somatique.

1) On a décrit un certain nombre de troubles psychiatriques survenant après une hystérectomie. S. SAINTAIN, étudiant l'avenir des hystérectomisées dans un service parisien entre 1938 et 1942, étude portant sur 134 hystérectomies pour fibrome, a noté que 11 % des hystérectomisées présentaient des troubles intellectuels et psychiques que ce soit des troubles du caractère ou des états dépressifs ; et en particulier, elle relève 4 suicides. Ce chiffre entre dans le cadre des femmes décédées dans les 10 ans qui suivaient l'hystérectomie. Ces femmes étaient au nombre de 16. Elle en arrive donc à la conclusion étonnante que le 1/4 des femmes décédées dans les 10 ans qui avaient subi l'hystérectomie s'étaient suicidées.

La fréquence des troubles de castration varie suivant les auteurs : 83 % pour certains (TRAISSAC - PERRIN et MORIN), 56 % pour MAGENDIE. "Une malade sur 3 hystérectomisées présente un véritable boulversement de sa personnalité ; les troubles du caractère, la frigidité et l'inaptitude au travail sont importants (TRAISSAC - PERRIN et MORIN)

2) Mais, nous rechercherons plus particulièrement, étant donné la fréquente somatisation au niveau des organes génitaux des troubles émotionnels chez la femme, s'il existe effectivement dans le passé des hystérectomisées des perturbations émotionnelles.

A) - Tout d'abord, il faut remarquer qu'un certain nombre de causes d'hystérectomie ont été étudiées dans une perspective psycho-somatique :

K.A. MENNINGER, soulève l'hypothèse que les fibromes peuvent avoir une origine psychologique. E. KEKRER, cité par MENNINGER est un gynécologue allemand qui a soutenu que les fibro-myomes utérins sont évidemment apparentés à une psycho-sexualité perturbée. Dans son expérience, les femmes menant une vie sexuelle satisfaisante n'ont pas de fibrome ; et chaque malade porteuse d'un fibrome a une histoire de troubles chroniques psycho-sexuels ; et il croit par conséquent, que le développement fibromateux peut-être évité (mais non pas guéri) par la psycho-thérapie.

COLLINS, dans une étude portant sur 354 hystérectomies à l'Orange Memorial Hospital estime que 11 % des hystérectomies sont injustifiées.

H. Michel-WOLFROMM estime que parmi les malades opérées pour algies lombo-pelviennes, les 3/4 l'avaient été à tort ; 1/4 à juste titre.

B) - Peut-on retrouver des caractères psychologiques communs aux femmes hystérectomisées ?

A. POMES décrit ainsi les "balafrées de l'abdomen" : "Il s'agit de femmes jeunes, entre 25 et 40 ans, dont la carrière médicale a commencé très tôt. Elles ont consulté un nombre impressionnant de médecins ont suivi sans résultat une multitude de traitements qu'elles décrivent avec ravissement et constituent à les entendre un véritable musée pathologique. Sur le plan psychologique, elle se présentent fréquemment comme le type de la femme-enfant inadaptée à son rôle d'adulte, recherchant les gâteries des siens, et mettant tout en oeuvre pour polariser sur elles leur attention ; elles font preuve de sentiments d'insatisfaction ou d'incomplétude et leurs troubles somatiques se présentent comme une fuite dans la maladie et un désir de punition".

En consultant la littérature, nous n'avons trouvé que peu de choses sur le problème des hystérectomisées et sur la possibilité de traits psychologiques et de troubles émotionnels communs.

J-M. BORDELEAU et P. MARTEL de Montréal sont les seuls à notre connaissance à s'être intéressés d'une manière précise à cette question. Ils ont étudié 30 cas consécutifs de femmes ayant subi une hystérectomie et hospitalisées pour troubles

psychiatriques, et ils sont arrivés aux constatations suivantes : Il s'agit de femmes qui ont eu peu de grossesses, et le nombre moyen d'enfants pour chacune est inférieur à 2 (moyenne 1,66). Chez 18 patientes opérées entre 22 et 35 ans, ils ont posé le diagnostic de névrose dans 11 cas, et de celui de psychose dans 7 cas. La moyenne du temps qui s'est écoulé entre l'opération et l'hospitalisation pour troubles psychiatriques est de 10 ans pour le groupe hystérectomisé entre 20 et 35 ans ; et de 11,4 ans pour le groupe opéré après 35 ans. La différence n'est pas significative ; mais, s'ils tiennent compte du diagnostic, ils constatent que la décompensation des troubles névrotiques survient 9 ans après l'opération, tandis que les psychoses apparaissent après 13,4 ans. Enfin, ils remarquent que 5 des 7 cas de psychoses sont survenus chez des femmes hystérectomisées entre 31 et 35 ans.

En général, les parents des malades étaient froids et se montraient peu de signes d'affection entre eux ou envers les enfants. L'expression de l'amour était également désapprouvée chez les autres et souvent considérée comme un signe de laisser-aller ou de manque d'éducation. L'éducation sexuelle a rarement été complète, et ils constatent que la sexualité restait un phénomène plus ou moins mystérieux pour ces femmes jusqu'au moment de leur mariage. Sur les 18 femmes étudiées, 2 seulement reconnaissent s'être masturbées dans l'adolescence et avant le mariage. La vie génitale complète semble avoir été une épreuve pénible et 2 femmes seulement ont pu atteindre un plaisir complet avec orgasme. 16 femmes sur 18 ont accepté la vie sexuelle avec leur conjoint comme un devoir imposé par la religion ou comme une manière de prévenir les infidélités du mari.

Ils remarquent également que dans presque tous les cas, le mari est l'objet d'une hostilité marquée de la part de l'épouse, le forçant à revenir de son travail pour qu'il prenne soin d'elle et de ses multiples maladies ; elle le punit en le privant de relations sexuelles ; le blâme de ne pas être ferme ou cherche à provoquer des disputes par une attitude arrogante. Ils constatent également que la personnalité des époux complète très bien les exigences névrotiques de ces femmes : ils sont d'une bonté excessive et se plient à toutes les exigences ; ils sont faibles et conciliants ; ils sont souvent inadéquats sexuellement et parfois même impuissants ; ils sont souvent en adoration devant leur femme et cherchent à gagner leur amour par des cadeaux nettement excessifs.

Ils remarquent que si 11 patientes sur 18 répondent que leur mère est l'objet d'amour préféré, l'histoire plus appronfondie apprend que les relations avec la mère ont été et restent la plus grande source de conflits, la mère étant inconsciemment haïe dans ce qui représente essentiellement la maternité, à savoir les organes de la procéation. Les enfants constituent pour ces femmes une source de difficultés.

L'amour qu'elles donnent aux enfants est inconsistant : il est parfois possessif et étouffant et, à d'autres moments le rejet et le désintérêt sont évidents. Elles confient facilement leurs enfants aux grands-parents et le mari qui avait adopté un rôle maternel avec la patiente continue à jouer ce rôle auprès des enfants. Pendant l'hospitalisation, ces femmes parlent peu de leurs enfants et ne semblent pas s'ennuyer d'eux. Leur adaptation à la vie d'hôpital est en général très bonne, et elles se lient facilement avec les autres patients et patientes. Les enfants soulèvent facilement l'irritabilité de la mère et l'impatience s'exprime vite et parfois violemment.

Ils relèvent chez ces patientes en dehors des 5 cas de réaction de conversion, des traits hystériques dans 8 cas. 8 d'entre elles ont également des tendances obsessives plus ou moins marquées et elles sont presque toujours des ménagères minutieuses qui exigent que leur foyer soit propre et que l'ordre y règne continuellement même quand elles sont fatiguées. Chez 8 de ces femmes ils observent un narcissisme important. Elles sont souvent coquettes, bien vêtues et irréprochables dans leurs vêtements et leur maquillage. La féminité est vue par elles non pas comme une tentative de séduction mais comme un état de chose normal.

Avant d'en arriver à la castration chirurgicale, ces femmes ont souvent une longue histoire d'opérations plus ou moins sérieuses. 6 seulement sur 18 n'avaient pas eu d'autre opération que l'hystérectomie. Les 12 autres cumulent un total de 14 opérations sur les organes génitaux et de 31 opérations non gynécologiques. Pour tous les cas étudiés, l'hystérectomie était la dernière intervention pratiquée, à l'exception d'un seul cas.

Ils retrouvent à l'origine de l'hystérectomie des causes organiques dans 5 cas seulement sur 18. Dans les 13 autres cas, la symptomatologie semble essentiellement fonctionnelle ; les raisons données par le chirurgien restent souvent vagues.

L'opération a définitivement apporté un changement dans le comportement et l'activité : 9 se disent plus indolentes, paresseuses ou fatigables ; 7 sont plus irritables impatientes ou colériques ; 2 trouvent qu'elles sont améliorées ayant meilleur caractère et ne craignent plus l'éventualité d'une grossesse.

Sur le plan sexuel, 7 n'ont constaté aucun changement ; 3 sont devenues plus frigides ; dans 4 cas, la dyspareunie a disparu ; 2 atteignent l'orgasme plus souvent.

En général, ils retrouvent le syndrome de la ménopause, mais avec des limites plus vagues que chez les femmes non opérées et avec la crainte de le voir réapparaître à l'âge où il aurait dû normalement survenir.

-:-:-:-:-:-

O B S E R V A T I O N S

Notre étude porte sur 9 observations prises à la Clinique de la Faculté ainsi que dans une maison de santé privée service libre, ces observations concernant des femmes hystérectomisées et traitées pour troubles psychiatriques.

- OBSERVATION I -

Mme D ... Louisette, ouvrière d'usine, âgée de 35 ans, a été hospitalisée avec le diagnostic d'hystérie. Elle a eu 2 grossesses et 2 enfants. Le temps écoulé entre l'hystérectomie et l'hospitalisation pour troubles psychiatriques a été de 1 an.

Antécédents chirurgicaux :

2 abcès du sein.
Appendicectomie.
2 revisions utérines à la suite des 2 grossesses.
L'hystérectomie pratiquée à lâge de 26 ans est la dernière opération subie.

Antécédents héréditaires :

Le père a 56 ans actuellement ; il est bien portant.
Mère âgée de 68 ans (donc 12 ans de plus que le père).
Pas d'antécédents psychiatriques familiaux.

Antécédents collatéraux :

2 soeurs de 37 ans et de 34 ans, toutes deux bien portantes.

Les parents s'entendaient bien entre eux et se montraient volontiers des signes d'affection. La patiente se plaint de n'avoir jamais été aimée par sa mère et elle montre une grande agressivité envers elle.

Elle-même, ainsi que l'une de ses soeurs ne vont même plus voir leur mère.

L'éducation sexuelle a été faite par le mari. La vie génitale a été une épreuve pour elle ; son mari aurait été buveur et violent dans ses accès d'intempérence ; elle en est séparée actuellement et vit avec un homme qu'elle décrit comme "gentil, faisant tout ce que je veux". Elle semble ne s'occuper de ses enfants que d'assez loin ; l'ainé a 13 ans et vit avec son père ; le second a 9 ans et il est en pension.

Les raisons ayant amené la patiente à consulter le chirurgien étaient des métrorragies dûes à un fibrome ; mais nous n'avons pas pu avoir confirmation de ce diagnostic.

L'hystérectomie a entrainé des troubles du caractère à type d'irritabilité, ainsi qu'une modification du comportement sexuel consistant en une rareté encore plus grande de la satisfaction dans les rapports sexuels.

A son départ, et malgré l'absence d'indication, elle était fermement décidée à se faire enlever la vésicule biliaire en raison de douleurs sous-costales droites.

-:-:-:-:-:-

- OBSERVATION II -

Melle C ... Marie-Louise, 41 ans, gouvernante, célibataire, sans anfant fille unique, a été hospitalisée pour une dépression réactionnelle à la mort de son ami avec qui elle vivait de longue date.

Antécédents personnels :

Strabisme congénital.
Ablation d'un canal lacrymal à 9 ans.
Appendicectomie à 9 ans.
Tuberculose rénale à 17 ans.
Hystérectomie à 34 ans.
Néphrectomie droite à 38 ans.

Mlle C ... est allée très peu à l'école. A 14 ans, elle est placée par sa mère comme bonne à tout faire ; à 15 ans, sa mère la met au convent pour la séparer dit-elle de sa tante et de ses grands-parents paternels ; elle garde un très mauvais souvenir de cette période car elle ne se pliait que difficilement à la discipline collective.

Elle quitte le couvent en raison de sa tuberculose rénale. Sa mère meurt, et Mlle C ... qui a alors 17 ans est élevée par sa tante paternelle pour qui elle garde une vive affection. Elle reste chez cette tante pendant 4 ans jusqu'à 21 ans. Elle entre alors comme gouvernante chez un antiquaire dont elle devient la maitresse et avec qui elle a vécu jusqu'à la mort de celui-ci. Elle éprouvait une grande admiration pour cet homme qui était plein de prévenances et de bonté, pardonnant les sautes d'humeur de Melle C ... et lui "passant tous ses caprices". Cet homme est mort en 1956, et, peu après, la patiente fait une réaction dépressive, 5 ans après l'hystérectomie.

Antécédents familiaux :

On ne trouve pas d'antécédents psychiatrique familiaux. Le père est mort d'une affection pulmonaire alors qu'elle n'avait que 5 mois ; bien que ne l'ayant

pas connu; elle garde pour lui des sentiments très respectueux ; il semble qu'elle idéalise l'image de son père. Cette image a été renforcée par le bien qu'en dit sa tante.

Sa mère est morte d'insuffisance cardiaque. Elle avait été elle-même hystérectomisée à l'âge de 47 ans pour un fibrome. Melle C ... qui avait 17 ans à la mort de sa mère garde une très vive rancune envers celle-ci qui l'a obligée à entrer au couvent et ne s'est jamais occupée d'elle.

Les rapports entre les parents de Melle C ... n'étaient pas bons puisque dans son testament, le père avait précisé que sa fille devrait être élevée par sa tante et non par la mère. Ce testament a été invalidé et Melle C ... est persuadée que sa mère s'est vengée sur elle en l'obligeant à entrer au convent. Toutes les réponses concernant la mère révèlent une forte charge d'agressivité non dissimulée à l'égard de celle-ci. Melle C ... la décrit comme nonchalante et insouciante.

Vie sexuelle : Les premières menstruations ont eu lieu vers l'âge de 11 ans $\frac{1}{2}$. A 14 ans, épisode aménorrhéique de plusieurs mois. Depuis, dysménorrhée avec règles douloureuses, abondantes, entrainant des modifications importantes du caractère et s'accompagnant de caillots. Il ne semble pas y avoir eu de masturbation. Melle C ... a été ignorante de tout ce qui concernait la sexualité jusqu'à 22 ans elle est satisfaite de ses rapports sexuels.

La patiente a des traits de caractère de la série obsessionnelle : très soigneuse dans son ménage, elle en faisait, dit-elle plus qu'il n'en fallait, même quand elle était fatiguée.

L'hystérectomie a été pratiquée à l'âge de 34 ans en 1955 pour fibrome hémorragique. Cette intervention a entrainé une asthénie physique et psychique importante. La sexualité n'a pas subi de modification.

-:-:-:-:-:-

- OBSERVATION III -

Mme S ... Denise, 46 ans, 1 enfant ; hystérectomisée à l'âge de 31 ans, entre pour un syndrome dépressif réactionnel : névrose d'abandon. Elle se plaint actuellement de douleurs diffuses : algies thoraciques, sous-costales droites, articulaires, vertébrales, ainsi que d'essoufflements, de troubles digestifs à type d'intolérance alimentaire variée.

Histoire de la maladie.

Elle avait déjà fait un état dépressif dans les 3 derniers mois de sa grossesse à l'âge de 20 ans.

A 41 ans, épisode dépressif à la suite du divorce d'avec son mari que pourtant elle supportait mal.

Etat dépressif actuel à la suite de la rupture avec un ami.

Biographie.

Mme S ... a toujours été une anxieuse et une revendicante affective. Elle se plaint d'avoir toujours manqué d'affection, d'avoir été élevée très durement par ses parents et enfin de ne pas avoir eu d'affection de la part de son mari. Elle n'a connu un peu de bonheur qu'avec son ami pendant 4 ans ; elle se plaint actuellement de sa solitude, mais ne désespère pas de pouvoir "refaire sa vie".

Ses parents tenaient un café-épicerie à la campagne. Sa mère était très émotive ; son père très sévère et elle en avait d'ailleurs peur. Vers l'âge de 5 - 6 ans, on la mettait souvent chez des voisins car ses parents faisaient des tournées ; elle a très mal supporté ces abandons et elle en parle actuellement encore avec une nette animosité envers ses parents. Ceux-ci étaient très sévères en ce qui concernait les problèmes sexuels. A 10 ans, elle est l'objet d'une tentative de séduction de la part d'un voisin âgé de 70 ans ; mais elle n'en a parlé à sa mère qu'il y a 2 ans seulement.

A 16 ans, elle fait la connaissance d'un Belge ; le père s'oppose au mariage avec un "étranger". C'est au décours de cet épisode qu'elle se marie en partie pour oublier son ancien soupirant, et en partie pour fuir le cadre familial trop rigide qu'elle trouvait étouffant.

Très déçue par sa nuit de noces qui était sa première expérience sexuelle, elle est frigide et ne concevait les rapports sexuels que comme une obligation imposée à son état d'épouse et de mère de famille ; de plus elle souffre de dyspareunie, et elle avait d'ailleurs consulté pour cette raison un gynécologue, sans succès. Elle s'est toujours très mal entendu avec son mari qui serait intempérent et dont les étreintes sommaires n'éveillaient en elle aucun plaisir.

Antécédents personnels.

Les premières menstruations ont lieu à l'âge de 12 ans. Dysménorrhée avec algies lombo-pelviennes importantes nécessitant (ou occasionnant) fréquemment l'appel du médecin. Les règles ont toujours été irrégulières.

A 17 ans : Appendicectomie.

A 20 ans : Phlegmon du sein.

A 22 ans : Sinusite.

A 31 ans : Hystérectomie avec ovariectomie gauche.
Elle avait d'abord été soignée pendant longtemps pour des douleurs pelviennes. Elle est opérée pour cette raison. Elle déclare que c'est la plus belle de toutes les opérations qu'elle a subies et elle en parle avec un réel ravissement. L'hystérectomie a augmenté l'irritabilité et l'hyper émotivité, mais n'a entrainé aucun changement dans son comportement sexuel.

A 34 ans : Cholécystectomie pour "coliques hépatiques" : cependant les douleurs persistent actuellement malgré l'opération.

Antécédents héréditaires.

Pas d'antécédents psychiatriques héréditaires.

Père décédé à 87 ans d'une affection cardiaque.

La mère a 82 ans.

Antécédents collatéraux.

La patiente n'a qu'un frère de 11 ans plus âgé qu'elle, qui est parti à l'âge de 17 ans et qu'elle ne voit jamais.

Etat actuel.

Elle voudrait bien qu'on l'opère de nouveau "pour que l'on sache d'où proviennent ses douleurs".

-:-:-:-:-:-

- OBSERVATION IV -

Mme L ... Arlette, mariée 4 enfants, 36 ans, ouvrière d'usine, est hospitalisée pour névrose hystérique.

Biographie.

Elle n'a pas connu son père. Sa mère l'a abandonnée dès sa naissance et elle a été élevée par ses grands-maternels pour qui elle garde une vive reconnaissance et qui ont remplacé ses parents. Sa mère a actuellement 50 ans. Mme L ... qui ne l'a pas vue depuis 13 ans ne lui pardonne pas de l'avoir abandonnée.

Elle se marie à l'âge de 18 ans regrettant de ne pas avoir eu d'éducation sexuelle avant le mariage. Elle est frigide, et de plus dyspareunique et ne se soumet aux devoirs conjugaux qu'à contre coeur et par devoir envers son mari, "pour le garder". Elle aime bien son mari mais derrière ses propos, on devine une hostilité sous-jacente mal réprimée. Lui, au contraire, adore sa femme et fait tout ce qu'elle veut.

Vis-à-vis de ses enfants, elle a une attitude hyperprotectrice et supporte très mal les séparations.

Antécédents :

Les premières menstruations ont eu lieu à 13 ans. Elle souffre de dysménorrhées importante avec règles irrégulières. De plus, elle a souffert pendant une notable partie de son existence de céphalée, de tachycardie et d'insomnie.

A 25 ans : Tuberculose pulmonaire : pneumothorax thérapeutique.

A 33 ans : Traumatisme crânien avec coma et fracture de la clavicule. Nombreuses extractions dentaires (11 en tout).

A 34 ans : Hystérectomie pour fibrome avec 2 ans plus tard, névrose du type hystérique ayant entraîné l'hospitalisation. Cette intervention n'a pas influencé la frigidité ; mais la dyspareunie a disparu.

Antécédents collatéraux :

Elle est l'ainée d'une fratrie de 3 enfants, les deux cadets étant d'un second lit ; elle n'a jamais eu de contact avec eux et ne les voit plus.

-:-:-:-:-:-

- OBSERVATION V -

Mme G ... Paulette, 44 ans, mariée, 2 enfants de 20 et 18 ans, entre pour des crises hystériques épileptiformes associées à des crises épileptiques généralisées authentiques.

Histoire de la maladie :

Mme G ... présente des crises comitiales généralisées depuis l'âge de 14 ans, coïncidant avec l'apparition de ses premières règles. Depuis 6 mois environ, coïncidant avec le départ de son fils pour le service militaire, et de sa fille institutrice nommée à un poste assez distant du domicile familial, elle présente des crises hystériques pseudo-épileptiques, avec crises de larmes, revendication affective vis-à-vis du personnel médical et infirmier, allégations de difficultés à marcher, à descendre les escaliers, ce qu'elle peut très bien faire lorsqu'elle croit que personne ne la voit, irritabilité.

Biographie.

Elevée en milieu rural par ses parents qui s'entendaient bien sans être expansifs. Elle préfère son père à sa mère.

Elle se marie à l'âge de 20 ans, n'ayant eu jusque là, qu'une éducation sexuelle incomplète. Ce 1er mariage aboutit au divorce 4 ans plus tard, la mari quittant le domicile conjugal avec une des amies de sa femme. Son second mari, par contre, lui-même père de 2 enfants d'un premier lit, fait absolument tout ce qu'elle veut, "il est trop gentil, il ne sait que faire pour moi" dit-elle avec une note de mépris. C'est un fait qu'il passe par tout ce que sa femme veut, ne reculant devant rien pour satisfaire ses caprices les plus saugrenus ou pour calmer ses sautes d'humeur les plus injustifiées. Elle-même est d'un caractère assez agressif, masquant cette agressivité sous une bonhomie ironique et une "générosité sadique". Elle est hyper- protectrice envers ses enfants et supporte mal qu'ils s'éloignent d'elle. Il ne semble pas par contre, qu'elle ait pour les enfants de son mari l'affection qu'elle proclame.

Antécédents personnels :

Dysménorrhée. Elle a toujours été frigide et accepte la vie sexuelle comme une corvée.

A 15 ans : hernie

A 17 ans : Amygdalectomie

A 28 ans : drainage pour abcès du poumon

A 26 ans : Hystérectomie pour douleurs pelviennes pré-menstruelles. Cette intervention a entrainé une cédation de ses douleurs, avec majoration de l'irritabilité.

Antécédents héréditaires :

Père décédé à 88 ans de néphrite azotémique.

Mère 77 ans diabètique.

Pas d'antécédents psychiatriques familiaux.

Antécédents collatéraux :

C'est la dernière d'une fratrie de 6 enfants.

1 soeur a été hystérectomisée pour fibrome

1 soeur fait des crises hystériques.

-:-:-:-:-:-

- OBSERVATION VI -

Mme R ... Yvonne, 45 ans, veuve, 2 enfants, entre pour état mélancolique.

Biographie.

Sa mère est morte alors qu'elle n'avait que 6 ans ; son père s'est remarié peu après avec une femme éthylique pour qui la patiente dit avoir une réelle affection. Elle a eu 3 frères ; elle a eu avec l'un d'eux des pratiques incestueuses vers l'âge de 12 ans. Un autre frère avait été mis en maison de correction par son père.

Son père et sa belle-mère étaient peu expansifs et montraient peu de signes d'affection envers les enfants.

Son mari mort il y a 4 ans était très bon et très doux avec elle. Les rapports sexuels étaient satisfaisants avec orgasme et elle acceptait la vie sexuelle comme un plaisir partagé.

Elle confiait souvent ses deux enfants à ses beaux-parents et elle s'est montré une mère assez compréhensive.

Antécédents :

Premières règles à 16 ans. Dysménorrhée et syndrome pré-menstruel.

Masturbation dans l'enfance et avant son mariage.

Antécédents héréditaires :

Pas d'antécédents psychiatriques familiaux.

Antécédents pathologiques :

Sinusite

Révision utérine à 20 ans

Hystérectomie à 36 ans pour un fibrome hémorragique. Cette intervention a entrainé une certaine lassitude, un syndrome de la ménopause et un orgasme moins rapide.

-:-:-:-:-

- OBSERVATION VII -

Mme C ... Carmen, 30 ans, ouvrière d'usine, 2 enfants, mariée, ainée d'une fratrie de 4 enfants, hystérectomisée à l'âge de 21 ans, est hospitalisée avec le diagnostic d'hystérie.

Biographie.

Mme C ... est née dans une ville ouvrière du Nord de la France. Son père tisserant, 55 ans, semble avoir toujours été effacé. Sa mère 54 ans, actuellement souffre d'une maladie de Basedow.

Les rapports entre les parents étaient plutôt froids ; ils s'étaient même séparés pendant un moment en raison de l'infidélité conjugale de la mère de Mme C ... Celle-ci dit préférer de beaucoup son père à sa mère envers qui elle fait preuve d'une agressivité certaine et à qui elle reproche sa vie dissolue.

Mme C ... s'est mariée à 17 ans et $\frac{1}{2}$ alors qu'elle attendait un enfant de son mari ; jusqué là, elle avait eu une éducation sexuelle incomplète. Elle est frigide.

Elle a 2 enfants de 14 ans et de 12 ans ; mais pendant les 3 mois qu'elle a séjourné en clinique, elle n'a pas montré le désir de les voir et semble ne leur porter qu'un intérêt lointain. Elle s'habitue très bien à la vie de clinique, et lie avec les autres malades des rapports cordiaux.

Elle s'est séparée de son mari 2 mois après l'hystérectomie pour troubles caractériels de part et d'autre. Elle s'est remariée 5 ans plus tard mais son nouveau foyer n'est pas meilleur en raison de l'intempérance de son second mari.

Elle est coquette, bien vêtue, parfois même provoquante, portant des vêtements transparents suggestifs ; elle-même se défend de toute coquetterie et estime que son maquillage et sa tenue vestimentaire n'ont rien de choquant.

On ne retrouve pas d'antécédents psychiatriques familiaux.

Sa mère et sa grand-mère maternelle étaient hyper-thyroïdiennes.

Antécédents collatéraux :

1 frère tué en Indochine à l'âge de 19 ans. Il s'était engagé volontaire pour quitter le domicile familial.

1 soeur de 20 ans ; c'était la plus gâtée de tous les enfants aux dires de Mme C ... qui reproche à sa mère d'avoir eu des préférences pour sa soeur cadette.

Elle reproche également à sa mère de ne pas s'être occupée d'elle davantage.

1 soeur décédée à l'âge de 7 ans d'une méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels :

Leucorrhée

Amygdalectomie à 13 ans.

Hystérectomie : à l'âge de 20 ans ; mais nous n'avons pu connaitre les raisons exactes de cette intervention.

L'hystérectomie est la dernière opération subie. Cette hystérectomie a été suivie d'un syndrome ménopausique avec bouffées vaso-motrices, adiposité, une agressivité, de l'anxiété, et de l'instabilité émotionnelle.

Réaction dépressive 3 ans après l'intervention. Leucorrhée persistante.

-:-:-:-:-:-

- OBSERVATION VIII -

Mme Jov ..., 66 ans, Tisserante, mariée, un garçon de 44 ans, fille unique, est hospitalisée pour mélancolie avec tentative de suicide par pendaison. C'est le premier épisode de ce genre.

Sa mère est morte dans les premiers jours qui ont suivi sa naissance. Son père, se désintéressant d'elle, la confie dès l'âge de 2 ans à des parents adoptifs. Ignorante des problèmes sexuels jusqu'à l'âge de 17 ans, c'est son futur mari qui l'initie. Elle l'épouse alors qu'elle était enceinte de 3 mois.

Sa vie sexuelle était satisfaisante ; plaisir complet avec orgasme, non modifié par l'hystérectomie. Elle s'entend très bien avec son mari qui a 66 ans actuellement. C'est lui qui fait toutes les courses du ménage ; il essaie toujours de lui faire plaisir; lui apporte "trop de friandises" et supporte sans broncher les sautes d'humeur de sa femme.

Son fils unique a actuellement 44 ans ; elle n'a avec lui depuis son mariage que des rapports assez lointains.

Pas d'antécédents psychiatriques familiaux.

Premières règles à 13 ans. Dysménorrhée avec algies importantes, caillots et modification du caractère.

Antécédents pathologiques :

Abcès du sein à 22 ans.

Hystérectomie à 44 ans pour fibrome hémorragique.

Cette intervention a entrainé des modifications dans le comportement et l'activité avec une asthénie importante et syndrome ménopausique.

-:-:-:-:-:-

- OBSERVATION IX -

Mme G ... Ida, âgée de 54 ans, mariée, 1 enfant, 7ème d'une fratrie de 9, hystérectomisée à l'âge de 42 ans, est hospitalisée avec le certificat suivant "Bouffée délirante évoluant depuis 5 jours, avec idées de persécution englobant le passé ; accuse son mari de vouloir la tuer depuis 10 ans par étranglement et empoisonnement ; surexcitation ; pleurs. Cette persécution s'étend à tout l'entourage, sa mort procurera des millions à son mari qui, en attendant, paie tout le monde pour favoriser sa perte ; vague systématisation ; théatralisme, grandiloquence. Hyporthyroïdie avec métabolisme basal élevé. Antécédent analogue en 1953".

Ses parents sont morts ; sa mère quand elle avait 5 ans, d'une affection pulmonaire ; son père 1 an plus tard dans un accident de chemin de fer ; elle ne les a pas beaucoup connus, et n'en garde presque aucun souvenir. Elle a été élevée par une cousine.Elle va à l'école jusqu'à l'âge de 12 ans et ne réussit pas à obtenir son C. E. P. Après avoir quitté l'école, elle travaille aux soins ménagers et à la garde des enfants, qu'elle aime beaucoup dit-elle.

Elle se marie à 20 ans et a une fille de 30 ans actuellement. Les relations avec son mari sont tendues ; ils se querellent facilement. Elle supporte mal la contradiction. Le mari devient réticent quand on aborde la question des relations sexuelles. Il persiste dans l'utilisation de procédés anti-conceptionnels malgré l'hystérectomie.

Antécédents collatéraux :

Mme G ... a 8 frères et soeurs dont 3 sont décédés de cancer (estomac, oesophage, sein) - information dûment vérifiée auprès de la fille de Mme G ... Elle a un frère qui est mort dans un accident de voiture. Enfin 1 soeur hospitalisée pour troubles mentaux de nature mal définie.

Antécédents personnels :

A 17 ans : kyste thyroïdien et amygdalectomie.

A 53 ans : Granulome vaginal.

A 42 ans : Hystérectomie à l'Hôtel-Dieu pour fibrome hémorragique. 4 mois

plus tard, elle est hospitalisée pour la première fois pour troubles psychiatriques à type de bouffée délirante de persécution ; on agit sur elle, sa fille serait devenue un homme et en même temps la maîtresse de son père.

L'hystérectomie est l'avant-dernière des opérations.

-:-:-:-:-:-:-

C O N C L U S I O N S

Nous avons étudié 9 cas de femmes hystérectomisées. Nous avons pris ces observations dans 8 cas chez des femmes hospitalisées dans une Maison de Santé, service libre de la région Parisienne, et dans 1 cas à la Clinique de la Faculté.

Tous les patientes ont été opérées entre 21 et 44 ans.

1 entre 20 et 25 ans
2 entre 25 et 30 ans
3 entre 30 et 35 ans
1 entre 35 et 40 ans
2 entre 40 et 45 ans.

Davantage d'interventions ont été pratiquées entre 20 et 35 ans qu'entre 35 et 45 ans, bien que le risque de morbidité organique soit plus grand pour la 2ème tranche. L'âge moyen de l'opération pour le groupe est de 33 ans. Les femmes ont eu peu d'enfants : 1,66 en moyenne pour chacune.

Le diagnostic de névrose a été porté 6 fois ; celui de psychoses 3 fois seulement ; mais ceci est dû au recrutement prépondérant dans une clinique ouverte. Il faut remarquer que c'est chez le groupe le plus jeune (de 20 à 35 ans) qu'a été porté le diagnostic de névrose ; et le diagnostic de psychose n'a été porté qu'à partir de 35 ans.

La vie familiale de ces malades comporte quelques particularités intéressantes : il est remarquable de constater que chez 8 d'entre elles sur 9, le milieu familial était soit perturbé, soit non satisfaisant. Pour 4 d'entre elles, l'atmosphère familiale était franchement sévère et rigide ; pour 4 autres, il y a eu soit mort précoce d'un des parents, soit abandon par les parents, soit les deux à la fois. Dans un seul cas, la malade nous a dit qu'il régnait dans le

foyer familial une atmosphère agréable.

L'éducation sexuelle a été faite en général par le mari, ces femmes étaient ignorantes de ce qui concernait la sexualité jusqu'à la rencontre avec leur mari. Dans un cas, il y a eu initiation par un frère.

Pour la plupat d'entre elles, la vie sexuelle n'a pas été satisfaisante (7 sur 9) et elles ne se soumettaient aux obligations conjugales que par devoir religieux ou pour garder leur mari ; chez 2 d'entre elles il existait de la dyspareunie ; 2 seulement ont eu une vie sexuelle satisfaisante avec orgasme.

La personnalité du mari est assez particulière. Elle correspond à celle décrite par les auteurs canadiens (J.M. BORDELEAU et P. MARTEL de Montréal). Ces femmes présentent une certaine hostilité à l'égard de leur conjoint, masquée par des mots tels que : "il est trop gentil, il est trop doux" ; en effet, ce sont des hommes passifs, se soumettant volontiers aux caprices de leur femme, les gâtant sans rien recueillir en échange ; ils sont faibles et surtout conciliants, répondant aux sautes d'humeur de leur femme par une passivité qui ne fait qu'augmenter l'exaspération de celle-ci. Lorsque le 1er mari n'est pas de ce type, il y a divorce et le 2ème mari se soumet aux exigences de sa femme. 4 femmes sur 9 ont divorcé ou se sont séparées de leur mari et se sont remariées avec un homme du type décrit ci-dessus. Dans 1 seul cas la personnalité du mari n'a pu être précisée.

L'attitude envers la mère est caractéristique. Il y a soit agressivité (5 cas sur 9), soit séparation dans l'enfance (2 cas). Les 2 autres cas semblent avoir pour leur mère un sentiment affectueux avec une préférence pour le père. Les malades répondent franchement qu'elles n'aiment pas leur mère surtout parce que celle-ci ne s'occupait pas d'elles ou les avait abandonnées. On retrouve donc dans 7 cas sur 9 une séparation affective d'avec la mère soit réelle (par la mort prématurée de la mère) soit vécue comme telle.

En général, ces femmes, malgré leurs dires, ne portent qu'un intérêt assez lointain à leurs enfants, s'habituent très bien à la vie de clinique.

Ces femmes hystérectomisées ont souvent un passé chirurgical important. Pour 3 d'entre elles, l'hystérectomie est la dernière intervention subie.Chez 5

d'entre elles, l'hystérectomie était suivie d'autres interventions ; dans 1 cas, l'hystérectomie était la dernière intervention, mais la malade était décidée à se faire cholecystectomiser malgré l'absence d'indication. Les 9 cas ont eu d'autres opérations que l'hystérectomie. Ils totalisent 19 interventions non gynécologiques et 7 interventions gynécologiques.

Ce passé chirurgical aboutit assez souvent au tableau des "balafrées de l'abdomen" s'étendant longuement sur leurs opérations successives ; l'une d'entre elles en parlait avec un réel ravissement et disait que son hystérectomie avait été "la plus belle de toutes ses opérations".

La plupart de ces malades ont présenté des dysménorrhées très importantes avec algies lombo-pelviennes pour lesquelles "la grande opération" avait été quelquefois pratiquée.

Dans les raisons qui ont amené ces malades à consulter le chirurgien, nous avons trouvé dans 7 cas des métrorragies, et dans 2 cas, des algies lombo-pelviennes. Les chirurgiens qui avaient opéré n'ont pu être contactés que dans 3 cas : dans 2 cas, il s'agissait d'un fibrome ; dans 1 cas, l'intervention était justifiée par l'intensité des algies lombo-pelviennes.

Pour 7 d'entre elles, l'opération a entrainé une modification du comportement : soit plus instables et irritables ; soit plus lasses, indolentes. 2 d'entre elles ont fait un état dépressif, l'une 3 ans après l'intervention, l'autre, 2 ans plus tard. Dans 1 cas, l'intervention a été suivie de frigidité ; dans 1 autre cas, l'orgasme est moins fréquent. Dans 1 cas, on a constaté une disparition de la dyspareunie. Enfin, dans les 5 autres cas, il n'y a pas eu de modification du comportement sexuel.

EN CONCLUSION : Il semble exister chez ces femmes hystérectomisées et étudiées en milieu psychiatrique, un certain nombre de caractères communs : défaut d'affection dans l'enfance ; agressivité envers la mère ; personnalité assez faible du mari, objet d'une hostilité immédiate ; nombre important d'interventions chirurgicales. Nous pensons donc qu'avant toute hystérectomie, il serait important, chez une femme jeune, de faire passer un examen psychologique à la recherche d'une éventuelle motivation de cette intervention mutilante et pouvant elle-même entraîner ou aggraver une affection psychiatrique.

-:-:-:-:-:-

Vu, le Président de Thèse
Professeur J. DELAY

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur G. CORDIER

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

1 - ABELY -

Le diencéphale, carrefour de jonction et d'entente de la médecine psycho-somatique et de la médecine somato-psychique.
Annales Médico-Psych. 1948 - 338-341.

2 - ALEXANDER -

Médecine psycho-somatique.

3 - AMELINE et BOITELLE -

Les rapports psycho-somatiques en gynécologie.
Bull. Des Gyn. et Obst. de langue Franç. Paris 1950 - 2 - 127-151.

4 - BARUK H. et Coll. -

Hormones sexuelles et hypophysaires dans les psychoses. Recherches cliniques, biologiques et expérimentales.
Ann. Médi.-Psycho. 1948 - 1 - 446-453.

5 - BENEDECK S. -

Troubles des fonctions sexuelles chez la femme. In
Médecine Psycho-somatique. Payot - Paris 1950.

6 - BORDELEAU J.M. et P. MARTEL -

Hystérectomie et psycho-somatique.
3 ème Congrès Mondial de Psychiatrie. 1030-1034.

7 - CHAMBRAUD -

Les conséquences de l'ovariectomie unilatérale. Concours Médical 1963 - N° 24.

8 - COLLINS C. -

An evaluation of 354 consecutive hysterectomia at the Orange Memorial Hospital.
American Journal of obstetrics and Gynecology 1949.

9 - DELAY J. -

La doctrine psycho-somatique.

Presse médicale 1947 - 72 - 833-834.

10 - DELAY J. -

L'observation psycho-somatique.

Presse médicale 1948 - 36 - 425-426.

11 - DELAY J.

Bases expérimentales de la médecine psycho-somatique.

Flammarion Paris 1949.

12 - DELAY J. -

Introduction à la médecine psycho-somatique.

13 - EY H. -

Manuel de Psychiatrie.

14 - FABRE M. -

Les métrorragies émotives.

Thèse Paris 1921.

15 - FREUD S. -

Introduction à la psychanalyse.

16 - FREUD S. -

3 essais sur la théorie de la sexualité.

17 - GACHKEL -

Pathologie cortico-viscérale - Evolution Psychiatrique.

18 - KNIGHT R. -

Facteurs sociologiques et culturels chez la femme.

Bull. Menninger Clinic. Janvier 1943.

19 - KROGER et FREED -

Psycho-somatic gynecology - Saunders et Cie

Edition 1961.

20 - MAGENDIE - BERNARD - REGNIER - MAGIMEL et HEYRAND -

Confrontation des troubles et des examens paracliniques de la période climatérique.

Bull. de la Soc. Franç. de Gyn. XXVI N° 6 - Oct. 1956.

21 - MICHEL-WOLFROMM H. -
Interférences du psychisme sur les troubles génitaux.
(Rev. Franç. Gyn. Obs.) Paris 1953.

22 - MICHEL-WOLFROMM H. -
Gynécologie psycho-somatique .

23 - MICHEL-WOLFROMM H. -
Causes et traitement du vaginisme.

24 - MENNINGER K. -
Emotional facters in organic gynecological conditions.
Bull. Menninger Clinic. Janvier 1943.

25 - NOVAK et HARNICK -
Uterine bleeding of psychogenic origin.

26 - POMES A.F. -
Psycho-somatique et gynécologie. Thèse Bordeaux 1956.

27 - SAINTAIN S. -
L'avenir des femmes hystérectomisées pour fibrome.
Thèse Paris 1952.

28 - TRAISSAC - PERRIN et MORIN -
La ménopause chirurgicale in Assises Fses. de Gyn. Nice Mai 1956.
Bull. Soc. Franç. Gyn. XXVI N° 5 Mai-Sept. 1956.

29 - WEISS et ENGLISH -
Médecine psycho-somatique Trad. D. Bourquin Delachaux et Niestlé.
Neufchâtel 1952.

-:-:-:-:-:-

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V°
Téléphone : ODÉon 58-9[illegible]